|  |
| --- |
| **Wniosek złożono w dniu:** |

**WNIOSEK**

## o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru C „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

*We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

|  |
| --- |
| Część 1 WNIOSKU: Dane i informacje o Projektodawcy |

**1. Nazwa i adres Projektodawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: ................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Imię Nazwisko osoby do kontaktu |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu | Nr fax | adres http://www | e-mail |

2. Osoby uprawnione do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. | *(pieczątka imienna)*  podpis............................................................. |

**3. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Projektodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON |  | |
| Czy Projektodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON | tak: | nie: |
| Numer identyfikacyjny PFRON |  | |
| Kwota zaległości z tytułu wpłat, których termin płatności upłynął w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku | .................................zł | |

**4. Informacje o Projektodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| REGON | Nr identyfikacyjny NIP |
|  |  |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego |
| Czy Projektodawca jest podatnikiem VAT: tak: nie:  podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... | |
| Wnioskodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak: nie:  podstawa prawna:..................................................................................................... | |

**5. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (za okres ostatnich 3 lat)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Projektodawca korzystał ze środków PFRON tak nie | | | | |
| Cel  (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc) | Nr i data zawarcia umowy | Kwota przyznana | Termin rozliczenia | Kwota rozliczona |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Razem kwota przyznana: |  | Razem kwota rozliczona: |  |

**6. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono do wniosku | | Uzupełniono tak/nie | Data uzupełnienia |
| tak | nie | *(wypełnia PFRON)* | |
| 1. | Dokument potwierdzający status prawny projektodawcy |  |  |  |  |
| 2. | Dokument/y potwierdzający/ce działania projektodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych |  |  |  |  |
| 3. | Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Projektodawcy |  |  |  |  |
| 4. | Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w składkach na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 5. | Dokumenty z Urzędu Skarbowego: decyzja o ewentualnym zwolnieniu z podatków, zaświadczenie o niezaleganiu z podatkami (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) – oryginał lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy |  |  |  |  |
| 6. | Wydane przez bank (banki) zaświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (rachunków bankowych), wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) |  |  |  |  |

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 1 Wniosku:**

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sępólnie Kr. z siedzibą w Więcborku*

*data, podpis:*

|  |
| --- |
| Część 2C WNIOSKU:Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach  obszaru C programu |

**UWAGA!**

* W przypadku większej ilości projektów zgłoszonych w części 2 Wniosku, **część 2C** Wniosku należy skopiować i wypełnić dla każdego projektu oddzielnie.
* Katalog rzeczowy urządzeń, materiałów budowlanych, robót lub innych czynności adaptacyjnych spółdzielni socjalnej, jakie mogą być objęte dofinansowaniem w ramach obszaru C wymieniony jest w Zasadach dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B,C,D,F i G programu – rozdział III, ust. 1.
* Zakres kosztów objętych dofinansowaniem w ramach obszaru C dotyczący wyposażenia miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych w spółdzielni socjalnej wymieniony jest w Zasadach dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania projektów dotyczących obszarów B,C,D,F i G programu – rozdział III, ust. 5.

**1. Opis projektu**

|  |
| --- |
| Nazwa projektu:  ....................................................................................................................................... ....................................................................................................................................... |
| Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych  1.Nazwa Projektodawcy: .................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  NIP ......................... REGON ........................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................  Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ...................................................................  Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie  podstawa prawna: ..........................................................................................................  2.Nazwa Projektodawcy: .................................................................................................  Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy) .................................................................  NIP ......................... REGON ........................... Nr identyfikacyjny PFRON ..........................  Czy projektodawca jest płatnikiem VAT tak nie  Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT ................................................................... |
| Projektodawca jest płatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony tak nie  podstawa prawna: .......................................................................................................... |
| Cel projektu: (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... Projekt dotyczy terenu: miejskiego wiejskiego miejsko-wiejskiego |
| Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych ……….…………………………………………………………………………... ……………………….…………………………………………………………………………………...  Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo): ................................................................................................................... |

2. Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

|  |
| --- |
| (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

3. Harmonogram realizacji projektu

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie realizacji projektu *(dzień, miesiąc, rok)*:  .......................................................................................................................................  Przewidywany czas realizacji *(w miesiącach)*:  ....................................................................................................................................... |

### 4. Wartość wskaźników bazowych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. liczba osób niepełnosprawnych z terenu powiatu zatrudnionych w spółdzielniach socjalnych, według stanu  na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku  o dofinansowanie | **stopień niepełnosprawności** | | | |
| **ogółem** | **lekki** | **umiarkowany** | **znaczny** |
|  |  |  |  |
| 1. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta  na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wystąpienia jednostki samorządu terytorialnego lub wniosku o dofinansowanie |  | | | |

**5. Koszt realizacji projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Łączny koszt realizacji projektu: ........................................................................... zł  słownie złotych: ...................................................................................................... ............................................................................................................................... |
| B. | Własne środki przeznaczone na realizację projektu: ............................................. zł  słownie złotych: ...................................................................................................... ............................................................................................................................... |
| C. | Inne źródła finansowania ogółem *(środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje  – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON)*: .................................................. zł  słownie złotych: ...................................................................................................... ............................................................................................................................... |
| D. | Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: .................................... zł  słownie złotych: ...................................................................................................... ............................................................................................................................... |

**6. Informacje dotyczące pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| Projektodawca podlega przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn. zm.) tak nie  Projektodawca prowadzi działalność gospodarczą tak nie  Wsparcie ze środków PFRON zostanie przeznaczone na finansowanie prowadzonej działalności gospodarczej tak nie  Wsparcie projektodawcy ze środków PFRON grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między krajami członkowskimi UE tak nie  Planowana pomoc jest pomocą *de minimis* tak nie |

**7. Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | **Załączono do wystąpienia** | | **Uzupełniono tak/nie** | **Data uzupełnienia** |
| **tak** | **nie** | ***(wypełnia PFRON)*** | |
| 1. | Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych |  |  |  |  |
| 2 | Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt wraz  z kopiami kosztorysów, wycen i ofert |  |  |  |  |
| 3. | Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych |  |  |  |  |
| 4 | Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt |  |  |  |  |
| 5. | Dokument potwierdzający tytuł prawny do obiektu |  |  |  |  |
| 6. | Pozwolenie na budowę – jeśli jest wymagane na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 7. | Zgoda właściciela obiektu na realizację zadań będących przedmiotem projektu – jeśli jest wymagana na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |  |
| 8. | Planowana wartość wskaźników ewaluacji (wkładu, produktu, rezultatu), o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji Programu |  |  |  |  |
| 9. | Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska |  |  |  |  |

***Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych w części 2C Wniosku:***

*pieczątka imienna, podpis pracownika PCPR w Sępólnie Kr. z siedzibą w Więcborku*

*data, podpis:*

#### Oświadczenia Projektodawcy

**Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.

**Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.

**Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.

**Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, i zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON.

**Oświadczam**, że projekty stanowiące podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku zostały zweryfikowane pod względem formalnym i merytorycznym.

**Oświadczam**, że projekt stanowiący podstawę do sporządzenia niniejszego Wniosku jest zgodny z celami założonymi w „Powiatowym programie działania na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Sępoleńskim na lata 2016-2020”.

Uwaga!

Podanie przez Projektodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym wniosku

................................................... dnia .................................r.

......................................................... ..........................................................

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Pouczenie:**

*We Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać* ***„Nie dotyczy”****.*

*W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać* ***„W załączeniu – załącznik nr ...”*** *czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.*

Planowana wartość wskaźników wkładu, produktu, rezultatu,   
o których mowa w rozdziale VII ust. 5 procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III” – **obszar C**

/tworzenie spółdzielni socjalnych osób prawnych/

***Projekt pn.: …………………………………………………………...…………………….……………..***

1. wskaźniki wkładu:
2. iloraz kwoty wkładu własnego deklarowanej przez beneficjenta projektu oraz kwoty rzeczywistego wkładu własnego beneficjenta,
3. iloraz planowanego kosztu projektu oraz rzeczywistego kosztu projektu,
4. wskaźnik produktu - liczba stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych wyposażonych w wyniku realizacji projektu,
5. wskaźniki rezultatu:
6. liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych na stanowiskach pracy wyposażonych w wyniku realizacji projektu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,
7. liczba osób niepełnosprawnych zatrudnionych na terenie powiatu w spółdzielniach socjalnych, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, według stanu na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu zakończenia projektu.

…………….…………………………………..

*pieczęć i podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu*

*projektodawcy*